

УДК 616.34-089.819.3-053.2/.5

**Вибір способу інтубації тонкої кишки у дітей з гострою хірургічною патологією
органів черевної порожнини**

О. Г. Момотов, Є. М. Гриценко, М. І. Гриценко

Луганський державний медичний університет

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 125 дітей з гострою кишковою непрохідністю та розповсюдженим перитонітом, яким було виконано інтубацію кишечника. Трансанальна інтубація була виконана 60 дітям, назоінтестинальна інтубація – 47 дітям, інтубація через апедикоцекостому – 18. Вибір способу інтубації не впливає на динаміку показників ендогенної інтоксикації та відновлення перистальтичної активності кишечника.

Ключові слова: Трансанальна інтубація кишечника, назоінтестинальна інтубація кишечника, інтубація через апедикоцекостому, діти.

**Выбор способа интубации тонкой кишки у детей с острой хирургической
патологией органов брюшной полости**

А. Г. Момотов, Е. Н. Гриценко, Н. И. Гриценко

Луганский государственный медицинский университет

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская Медицинская Стоматологическая Академия», г. Полтава.

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 125 детей с острой кишечной непроходимостью и распространенным перитонитом, которым была выполнена интубация кишечника. Трансанальная интубация была выполнена 60 детям, назоинтестинальная интубация – 47 детям, интубация через аппендицеостому – 18. Выбор способа интубации не влияет на динамику показателей эндогенной интоксикации и восстановление перистальтической активности кишечника.

Ключевые слова: Трансанальная интубация кишечника, назоинтестинальная интубация кишечника, интубация через аппендицеостому, дети.

**Choosing the method of small bowel intubation in children with acute surgical pathology
of abdominal cavity organs**

O. G. Momotov, Y. M. Gritsenko, M. I. Gritsenko

Luhansk State Medical University

State Higher Educational Establishment of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatological
Academy”, Poltava.

Summary. The results of using small bowel intubation in treatment of 125 children with acute ileus and diffuse peritonitis has been analysed. Transanal intubation was carried out in 60 cases, nasointestinal intubation in 47, intubation through appendicocostomy in 18. The method chosen does not influence the dynamics of indices of endogenic intoxication and recovery of intestine peristaltic activity.

Key words: Transanal intubation, nasointestinal intubation, intubation through appendicocostomy, children.

Вступ. Невідомною складовою гострої хірургічної патології органів черевної порожнини є синдром ентеральної недостатності, який супроводжується порушенням всіх функцій ШКТ. Наслідком прогресування функціональної недостатності тонкої кишки є розвиток ендотоксикозу та системної запальної реакції, що призводять до виникнення поліорганної недостатності та септичних ускладнень. Накопичення у просвіті паретичної тонкої кишки великої кількості газів та застійного, високотоксичного, гіперколонізованого мікроорганізмами рідкого вмісту з прогресуванням внутрішньокішкової гіпертензії потребує пошуку ефективних методів дренивання кишечника. Згідно сучасних уявлень, основним методом дренивання кишечника є його інтубація [1,2,8,10].

В сучасній літературі свідчення про ефективність різних видів інтубації носять суперечливий характер. На думку Ю. Б. Куцика (2002) існуючі суперечливі дані про ефективність того чи іншого способу дренивання в значній мірі базуються на неоднаковому досвіді і прихильності хірургів до окремих способів інтубації і тому вибір його обумовлює хірургічна ситуація і кваліфікація хірурга [5].

Найбільш розповсюдженими методами інтубації кишечника є «закриті» - назоінтестинальна та трансанальна інтубація. До недоліків назоінтестинальної інтубації відносять низьку ефективність дренивання внаслідок необхідності в постійній активній аспірації по зонду проти градієнта тиску, можливість дислокації зонду з розвитком аспірації в дихальні шляхи, погане її перенесення хворими, збільшення контамінації висхідних відділів мікрофлорою дистальних відділів кишечника [3,6,9,11]. Трансанальна інтубація кишечника дозволяє уникнути дискомфорту, забезпечує аспірацію кишкового вмісту фізіологічним шляхом, але при її виконанні виникають труднощі проведення зонда через печінковий та селезінковий вигини ободової кишки, ілеоцекальний клапан [6].

Застосування «відкритих» способів інтубації ретроградно через ентеростому є значно простішим в технічному виконанні, часто менш травматичним. Однак частота ускладнень, які виникають уже в ранньому післяопераційному періоді, досягає 32%. Основним недоліком кінцевих ентеростом є наявність постійної тонкокишкової нориці зі збільшенням втрат білку та електролітів, потрапляння на передню черевну стінку тонкокишкового вмісту [4]. В якості альтернативи до ентеростомії запропоновано використовувати цекостомію або апендикостомію. На думку ряду авторів, апендицекекостомія не призводить до деформації кишкової трубки, відходження стоми від передньої черевної стінки є менш небезпечним, ніж ентеростоми, виділення із стоми менш агресивне і менше мацерує шкіру, а нориця, як правило, закривається самостійно. Однак труднощі, які виникають при проведенні зонда через баугінієву заслонку, а також велика ймовірність інфікування операційної рани і черевної порожнини обмежує використання даної методики [7,11,12].

Мета роботи. Провести порівняльний аналіз застосування різних способів інтубації тонкої кишки (ІТК) у дітей.

Матеріали та методи. Порівняльний аналіз ефективності окремих способів ІТК виконано у 125 дітей (84 хлопчиків та 41 дівчинки) з гострою кишковою непрохідністю (ГКН) та розповсюдженим перитонітом (РП), які знаходилися на лікуванні в дитячому хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Полтава та хірургічному відділенні Луганської обласної дитячої клінічної лікарні. Вік дітей від 5 місяців до 16 років.

З приводу гострої кишкової непрохідності оперовано 70 дітей. Причини ГКН були гостра злукова кишкова непрохідність - 53 випадків (рання злукова кишкова непрохідність - 12, пізня злукова кишкова непрохідність - 41), гостра кишкова інвагінація – 7, заворот петель тонкої кишки – 5, кишкова непрохідність викликана дивертикулом Меккеля – 3, кишкова непрохідність викликана ембріональним тяжем – 1, кістами брижі тонкої кишки – 1.

З приводу розповсюджених форм перитоніту було оперовано 55 дітей. Причинами РП були деструктивні форми апендициту (35 випадків), післяопераційний перитоніт (16 випадків), перфорація виразки дванадцятипалої кишки (2), закрита травма живота з пошкодженням тонкої кишки (2).

Результати та їх обговорення. Трансанальна інтубація була виконана 60 дітям. Вік дітей від 1 року до 14 років, хлопчиків - 43, дівчаток - 17. З 60 дітей, яким була виконана трансанальна інтубація, 38 були оперовані з приводу ГКН, 22 з приводу розповсюдженого перитоніту РП. Термін від початку захворювання до моменту

операції склав в середньому 60,8 годин. Тривалість оперативного втручання в середньому склала $105 \pm 10,171$ хвилин. Перистальтика відновилась після операції в термін від 1 до 4 діб, або в середньому через $1,94 \pm 0,209$ доби, самостійне відходження газів та калу відбулося в термін від 2 до 5 діб, в середньому через $4,19 \pm 0,214$ доби, ентеральне харчування розпочате в період від 2 до 5 доби, або в середньому на $3,00 \pm 0,283$ добу. Термін функціонування зонду від 3 до 9 діб, в середньому $5,29 \pm 0,337$ діб. Тривалість перебування хворих цієї групи в стаціонарі в післяопераційному періоді становила $15,1 \pm 1,164$ ліжко-днів.

Назоінтестинальна ІТК була виконана 47 дітям. Вік дітей від 10 місяців до 16 років, хлопчиків - 33, дівчаток - 14. З приводу ГКН оперовано 22 дитини, з приводу РП - 25. Термін від початку захворювання до моменту операції склав в середньому 74,5 годин. Тривалість оперативного втручання в середньому склала $112,5 \pm 13,13$ хвилин. Перистальтика відновилась після операції в термін від 1 до 4 діб, або в середньому через $2,51 \pm 0,252$ доби, самостійне відходження газів та калу відбулося в термін від 3 до 5 діб, середньому через $3,55 \pm 0,197$ доби, ентеральне харчування розпочате в період від 2 до 4 доби, або в середньому на $3,51 \pm 0,372$ добу. Термін функціонування зонду від 4 до 6 діб, в середньому $4,83 \pm 0,375$ діб. Тривалість перебування хворих цієї групи в стаціонарі в післяопераційному періоді становила $16,4 \pm 1,221$ ліжко-днів.

Інтубація через апендикоцекостому була виконана 18 дітям. Вік дітей від 5 місяців до 15 років, 8 хлопчиків, 10 дівчаток. З приводу ГКН оперовано 10 дітей, з приводу РП - 8. Перистальтика відновилась після операції в термін від 1 до 4 діб, або в середньому через $2,39 \pm 0,596$ доби, самостійне відходження газів та калу відбулося в термін від 2 до 8 діб, середньому через $3,67 \pm 0,707$ доби, ентеральне харчування розпочате в період від 2 до 6 доби, або в середньому на $3,39 \pm 0,674$ добу. Термін функціонування зонду від 4 до 7 діб, в середньому $5,78 \pm 0,832$ діб. Тривалість перебування хворих цієї групи в стаціонарі в післяопераційному періоді становила $17,56 \pm 2,25$ ліжко-днів.

При аналізі результатів лікування встановлено, що достовірної різниці в термінах відновлення перистальтики, відходження випорожнення, початку ентерального харчування, терміну функціонування зонда не виявлено. Достовірно не відрізнялися також тривалість операцій в цих групах та час перебування в стаціонарі.

При аналізі динаміки показників ендогенної інтоксикації на 3-5 дні післяопераційного періоду достовірних відмінностей показників між групами дітей, яким виконували назоінтестинальну та трансанальну інтубацію, не виявлено. Зростання окремих показників ендогенної інтоксикації у дітей, яким виконувалася ІТК через

апендикоцекостому та назоінтестинальна ІТК, порівняно з дітьми, яким проводилася трансанальна ІТК, пов'язано з тим, що в цих групах виконувалися більш складні та травматичні оперативні втручання, а також повторні втручання (резекції кишечника, операції «second-look», запрограмовані релапаротомії), що обтяжувало перебіг післяопераційного періоду.

Висновки:

1. Вибір способу інтубації не має суттєвого впливу на динаміку показників ендогенної інтоксикації, час відновлення перистальтики, початку ентерального харчування у дітей з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини.
2. Показання до застосування інтубації кишечника та вибір способу інтубації у дітей повинні визначатися індивідуально у кожному конкретному випадку з урахуванням стану дитини, інтраопераційної візуальної оцінки особливостей будови органів черевної порожнини та патологічних змін з боку кишечника та очеревини. Перевага віддається «закритим» способам ІТК, так як використання «відкритих» способів дещо обмежується можливістю нагноєння та необхідністю повторних операцій по закриттю стом.
3. Перспективою подальших досліджень вбачається розробка технічних аспектів різних методів інтубації, запобігання можливих ускладнень, вдосконалення конструкції інтубаційного зонда.

Література

1. Бліхар В. Э., Білинський В. В., Коновальчук М. В. та ін. Лапаростомія, програмована релапаротомія та інтубація кишечника у лікуванні розлитого гнійного перитоніту в дітей // Шпитальна хірургія. – 2004. - №4. – С.136-140.
2. Гаин Ю. М., Леонович С. И., Алексеев С. А. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение. - Минск: Молодечно, 2001. – 265 с.
3. Гельфанд Б. Р., Гологорский В. А., Бурневич С. З. и др. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нестареющую проблему. Стратегия и тактика лечения // Вестник интенсивной терапии. - 1997. - №1. - С. 10-16.
4. Житлов А. Г., Белоконев В. И. Ранние осложнения илеостомии и пути их профилактики // Харківська хірургічна школа. – 2006. - №1(20) – С. 28-29.

5. Куцик Ю. Б. Хірургічне лікування гострої непрохідності тонкої кишки, прогнозування і профілактика післяопераційних ускладнень: Дис. ... д-ра мед. наук. – Київ, 2002. – 364 с.
6. Мишарев О. С., Троян В. В. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта при операциях на органах брюшной полости у детей // Хирургия. - 1980. - №7. - С.102-105.
7. Москаленко В. З., Минцер О. П., Весёлый С. В., Лосицкий А. А. Диагностика, лечение и клиническое прогнозирование осложнённого течения острой хирургической патологии живота у детей. – Донецк, 2002. – 282 с.
8. Нечаев Э. А., Курыгин А. А., Ханевич М. Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости. – СПб: Росмедполис, 1993.- 238 с.
9. Пеев Б. И., Довженко А. Н., Бурлаченко К. Р. Бактериальная транслокация при острой кишечной непроходимости в зависимости от способов дренирования тонкой кишки // Международный медицинский журнал. – 2004. - №4. – С. 89-92.
10. Перепада В. М. Назоінтестинальна інтубація в комплексному лікуванні непрохідності кишечника та розповсюдженого перитоніту: Дис. ... канд. мед. наук. – К., 2003. – 157 с.
11. Соловьев А. Е., Корниенко Г. В. Декомпрессия кишечника при перитоните у детей // Неотложная хирургия детского возраста: монография для студентов медицинских вузов, врачей-интернов, детских хирургов и педиатров. – Запорожье, 2000. – С. 28-29.
12. Феджага О. П. Оптимізація показів та вибору способу інтубації тонкої кишки при розповсюдженому перитоніті і гострій кишкової непрохідності: Дис. ... канд. мед. наук. – Вінниця, 2004. – 177 с.